

被保険者・被扶養者

出産育児一時金 内払金支払依頼書

| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 担当者 |
|------|-----|----|-----|
| 記入不可 | | | |

▼支給決定 下記のとおり、支給してよろしいか。

| | | | | |
|----|---------|------|-------------|------|
| 47 | 出産育児一時金 | 記入不可 | 支給決定 年月日 | 記入不可 |
| | 代理受取額 | | 支給予定 年月日 | |

| | | | | |
|-----------------------|----------------|--|--------------------------------------|-----------------|
| 被 保 険 者 欄 | 被保険者等 記号・番号 | 123 - 1234567 | 被保険者等記号・番号が不明な場合にのみマイナンバーを記入 ※注 3 | |
| | 氏 名 | 健康 友介 | 被保険者の マイナンバー | - - |
| | 生年月日 | 7 5. 昭和 7. 平成 11 年 2 月 13 日 | 申請年月日 | 令和 7 年 2 月 19 日 |
| | 住民票住所 | 〒 123 - 1234 TEL 080 - 1234 - 5678 〇〇県〇〇市〇〇町 1 丁目 2 番地の 3 | | |

| | | | | | | |
|-----------------------|------|--|--|----------------|----------|------------------|
| 出 産 し た 方 | フリガナ | ケンコウ マユミ | | | | |
| | 氏 名 | 健康 真由美 | | 出生児数 (死産児数) | 1 児 (児) | |
| | 性 別 | 女 | 被保険者から みた続柄 (長女等) | 妻 | 出産年月日 | 令和 6 年 12 月 12 日 |
| | 生年月日 | 7 5. 昭和 7. 平成 9. 令和 10 年 8 月 8 日 | 同一の出産について、 他の医療保険等から出産育児一時金を 受給していますか？ | | 2 | 1. はい 2. いいえ |

| | | | | | |
|--------------------------------------|-------------------|-------------------|--|--|--|
| 申 請 ・ 受 領 委 任 欄 | 申請（受領委任）者は被保険者です。 | | | | |
| | 被保険者氏名 | 健康 友介 | | この給付金の受領を下記の者に委任します | |
| | 日中に連絡が とれる電話番号 | 080 - 1234 - 5678 | | 事業所 受領 役 職 受領 氏 | |
| | 受領委任 年月日 | 令和 7 年 2 月 19 日 | | この届出は、事業所の健康保険担当者を 通じて提出してください。 (※任意継続被保険者の方は除く) | |

| | | | | | |
|---|--|---------------|--------------|--|----------|
| 医 師 ・ 助 産 師 の 証 明 | 医療機関等から交付された領収・明細書に出生年月日および出生児数・死産年月日および妊娠週数が記載の場合、証明不要 ※注 4 | | | | |
| | 出産者の氏名 | 左記のとおり申請します。 | | | 令和 年 月 日 |
| | 出生年月日 | 令和 年 月 日 | 所在地 | | |
| | 出生児数 (死産児数) | 児 (児) | 名 称 | | |
| 死産の場合 妊娠日数 | 日 | 医師・助産師 の氏名 | | | |
| 市 区 町 村 長 の 証 明 | 母の氏名 | 本籍 (県) | | | |
| | 出生年月日 | 令和 年 月 日 | 筆頭者氏名 | | |
| | 出生児数 (死産児数) | 児 (児) | 左記のとおり申請します。 | | 令和 年 月 日 |
| | 出生児氏名 | 市区町村長 の氏名 | | | |

【注意事項】

1. この申請は、被保険者または被扶養者が出産したときに提出してください。
2. 選択欄は該当する数字を記入するか、○を記入してください。
3. 被保険者等記号・番号を記入しない場合は、マイナンバーを記入してください。
被保険者等記号・番号はマイナポータル・資格情報のお知らせ・資格確認書で確認できます。
4. 医療機関等から交付された領収・明細書に「出産年月日および出生児数」「死産年月日および妊娠週数」が記載の場合、医師・助産師や市区町村長の証明は不要です。
5. 「病院・助産院等の入院予約時などに妊婦と交わす直接支払制度合意文書」の写しと「産科補償医療制度の対象分娩です。の文言の印字やスタンプ等が記載された領収証・明細書」の写しを添付してください。
6. 被保険者がお亡くなりになっている場合、法定相続人が申請・受領委任欄の被保険者氏名欄に法定相続人の氏名を、また、その氏名の横に法定相続人と被保険者との具体的な続柄を記入してください。